配食サービス利用申請書

年　　月　　日

　　（宛先）五島市長

住　　所

申請者　氏　　名　　　　　　　　　印

電話番号

　　配食サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　 月　 日（　歳） | 性別 | 男・女 |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 障害の有無 | □有　□無 | 障害の種別 | □身体 □知的 □精神□発達 □難病 |
| 配食を希望する理由 |  |
| 世帯の状況 | □単身世帯　□高齢者のみの世帯　□障害者のみの世帯□その他（　　　　　　　） |
| 配食希望回数 | 　　　　週　　回（日　月　火　水　木　金　土） |
| 緊急時連絡先 | 住所 |  | 電話番号 |  |
| 氏名 |  | 続柄 |  |
| ケアプラン・介護予防プランの有無 | 有・無 | 作成者 |  | 事業所 |  |
| 備考 |  |